

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON  
Année scolaire 1920-1921 — N° 263

---

# DE LA MÉSÉNTÉRITE RÉTRACTILE ET SCLÉROSANTE

---

## THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 12 Juillet 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**JOSEPH PIASIO**

EXTERNE DES HÔPITAUX DE LYON

INTERNE DES HÔPITAUX DE SAINT-ETIENNE

*Né à Saint-Etienne le 6 Janvier 1892*



LYON  
LA SOURCE, G. NEVEU & C<sup>IE</sup>  
21, Rue Vieille-Monnaie

---

1921



DE LA MÉSENTÉRITE  
RÉTRACTILE ET SCLÉROSANTE



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921

# DE LA MÉSÉNTÉRITE RÉTRACTILE ET SCLÉROSANTE

## THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 11 Juillet 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**JOSEPH PIASIO**

EXTERNE DES HÔPITAUX DE LYON

INTERNE DES HÔPITAUX DE SAINT-ETIENNE

*Né à Saint-Etienne le 6 Janvier 1892*



LYON

LA SOURCE, G. NEVEU & C<sup>IE</sup>

21, Rue Vieille-Monnaie

1921

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

M. HUGOUNENO . . . . . DOYEN HONORAIRE.  
MM. J. LÉPINE . . . . . DOYEN.  
ROQUE . . . . . ASSESSEUR.

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE,  
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT.

## PROFESSEURS

|                                                             |                |
|-------------------------------------------------------------|----------------|
| Cliniques médicales. . . . .                                | MM. TEISSIER   |
| Cliniques chirurgicales. . . . .                            | ROQUE          |
| Clinique obstétricale et Accouchements . . . . .            | BARD           |
| Clinique ophtalmologique. . . . .                           | TIXIER         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . . . . .   | BERARD         |
| Clinique des maladies nerveuses et mentales. . . . .        | X...           |
| Clinique des maladies des enfants . . . . .                 | ROLLET         |
| Clinique des maladies des femmes . . . . .                  | NICOLAS        |
| Maladies des oreilles, du nez et du larynx . . . . .        | LÉPINE (J.)    |
| Clinique des maladies des voies urinaires . . . . .         | WEILL          |
| Chirurgie infantile . . . . .                               | POLLOSSON (A.) |
| Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie . . . . . | LANNOIS        |
| Chimie biologique . . . . .                                 | ROCHET.        |
| Chimie organique et Toxicologie . . . . .                   | NOVE-JOSSERAND |
| Matière médicale et Botanique . . . . .                     | CLUZET.        |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale . . . . .      | HUGOUNENQ      |
| Anatomie. . . . .                                           | MOREL          |
| Anatomie générale et Histologie. . . . .                    | MOREAU         |
| Physiologie . . . . .                                       | GUIART         |
| Pathologie interne . . . . .                                | LATARJET       |
| Pathologie et Thérapeutique générales. . . . .              | POLICARD       |
| Anatomie pathologique. . . . .                              | DOYON          |
| Médecine opératoire. . . . .                                | COLLET         |
| Médecine expérimentale et comparée . . . . .                | MOURIQUAND     |
| Médecine légale . . . . .                                   | PIVIOT         |
| Hygiène. . . . .                                            | VILLARD.       |
| Thérapeutique . . . . .                                     | ARLOING (F.)   |
| Pharmacologie . . . . .                                     | ETIENNE MARTIN |
|                                                             | COURMONT (P.)  |
|                                                             | PIC            |
|                                                             | FLORENCE       |

## PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

|                                        |            |
|----------------------------------------|------------|
| Pathologie externe . . . . .           | MM. VALLAS |
| Propédeutique de gynécologie . . . . . | CONDAMIN   |
| Chimie minérale. . . . .               | BARRAL.    |
| Accouchements . . . . .                | COMMANDEUR |
| Urologie. . . . .                      | GAYET      |

## CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

|                                  |             |
|----------------------------------|-------------|
| Embryologie . . . . .            | HOVELACQUE. |
| Anatomie topographique . . . . . | PATEL       |
| Botanique . . . . .              | BRETIN      |
| Stomatologie . . . . .           | TELLIER     |

## AGRÉGÉS

|                 |               |               |                                  |
|-----------------|---------------|---------------|----------------------------------|
| MM.             | MM.           | MM.           | MM.                              |
| NOGIER          | GARIN         | DUROUX        | CORDIER                          |
| BRETIN          | SAVY          | HOVELACQUE    | ROUBIER                          |
| LERICHE         | FROMENT       | TRILLAT       | FAVRE id.                        |
| THEVENOT (Léon) | THEVENOT (L.) | SARVONAT      | MURARD                           |
| TAVERNIER       | PIERY         | FLORENCE (G.) | BONNET                           |
| CADE            | COTTE         | ROCHAIX.      | GRAVIER, chargé<br>des fonctions |

M. BAYLE, Secrétaire.

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TIXIER, Président ; BÉRARD, Assesseur ;  
MM. PATEL et COTTE, Agrégés.

*La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.*

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MON FILS

A TOUS LES MIENS

*A mon Président de Thèse*

MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

*Professeur de Clinique Chirurgicale*

AUX MEMBRES DE MON JURY

A MONSIEUR CHARLES VIANNAY

*Chirurgien des Hôpitaux de Saint-Etienne*  
*Correspondant National de la Société de Chirurgie de Paris*

Il ne m'appartient pas d'adresser des éloges à mon Maître, mais il m'est bien permis de lui exprimer mon admiration et ma reconnaissance. Je le fais avec un très sincère empressement.

A MES MAÎTRES

*Dans les Hôpitaux de Lyon :*

A LA MÉMOIRE DE M. LE PROFESSEUR JABOULAY

A MM. LE DOCTEUR DEVIC

LE PROFESSEUR ROLLET

LE DOCTEUR GAYET

LE DOCTEUR MOURIQUAND

LE DOCTEUR BOUCHUT

LE DOCTEUR SANTY

LE PROFESSEUR BÉRARD

*Dans les Hôpitaux de Saint-Etienne :*

MM. LE DOCTEUR VIANNAY

LE DOCTEUR LAURENT

LE DOCTEUR GONNET

LE DOCTEUR DESCOS

LE DOCTEUR DUJOL

## CHAPITRE PREMIER

---

### HISTORIQUE ET INTRODUCTION

---

La *Mésentérite Rétractile et Sclérosante* n'a qu'une simple histoire. Malgré son titre éclatant, elle n'est point de vieille souche, et, nouvelle venue dans le monde de la Chirurgie, elle apparaît comme une modeste personne, soucieuse surtout de cacher ses origines.

Au siècle dernier, Ménière, étudiant les lésions phlegmasiques du péritoine et les réactions ganglionnaires correspondantes, avait le premier signalé que les phases ultimes des péritonites chroniques, aboutissaient souvent à l'*atrophie* de tout le mésentère. — Puis Klebs, avait remarqué que dans les péritonites chroniques, le mésentère pouvait participer aux

lésions de la séreuse péritonéale, et se rétracter vers le rachis, entraînant avec lui tout le paquet intestinal ; il avait donné à cet état le nom de *péritonite déformante*. — Enfin, Grisolle, avait mis en lumière la diminution de la longueur de l'intestin grêle dans les péritonites tuberculeuses.

Mais les descriptions de ces auteurs concernent des lésions mésentériques survenant dans des péritonites confirmées, comme extension dernière d'un processus déjà bien identifié.

J'espère pouvoir montrer dans ce travail, que la *Mésentérite Rétractile* a plus d'originalité, et ne présente avec ces lésions qu'une fausse apparence de parenté, qu'elle semble du reste mettre à profit pour passer commodément inaperçue.

C'est Tenani, qui parle le premier de la *Mésentérite*, dans "*Il Morgagni*", de Milan. Il publie et interprète trois observations de ses malades, dans un article intitulé « La Mésentérite Rétractile par inflammation herniaire, et la Mésentérite Sclérosante, d'origine vasculaire ». Parrain de cette maladie, il lui donne du même coup un nom de baptême et une orientation étiologique. L'alarme était donnée.

Mais vint la guerre pour faire oublier ce sujet et changer l'esprit des chirurgiens vers des problèmes plus pressants. Jusqu'en 1920, la *Mésentérite* s'est fait ignorée, embusquée qu'elle était derrière l'occlusion intestinale, et si elle a produit quelques méfaits, c'est sous le couvert de cette dernière maladie.

Au début de 1920, Maclaure force la *Mésentérite* à rentrer en lice, en communiquant et commentant une

observation à la Société de Chirurgie de Paris, le 18 Février 1920.

Peu de temps après, le 13 Juin 1920, Ferron, de Laval, publie à la Société de Chirurgie, un nouveau cas de mésentérite, bientôt suivi d'une communication à la même Société, d'un nouveau cas de Jean Murard, de Lyon (17 Novembre 1920).

Enfin mon Maître, M. Viannay, opère au début de 1920, un malade dont l'observation est restée inédite. En Novembre de la même année, alors que j'étais son interne, un nouveau cas se présente, qui a été récemment publié (Société de Chirurgie de Paris, 18 mai 1921).

Sous l'inspiration de M. Viannay, j'ai rassemblé les quelques éléments concernant la mésentérite et j'ai essayé, en comparant les observations, de coordonner les caractères de cette maladie encore nouvelle, et d'ébaucher à son sujet quelques hypothèses pathogéniques.

Il ne m'est pas de plus agréable devoir que celui de rendre hommage à la bienveillance de mon Maître à mon égard, et de lui adresser mes plus sincères remerciements.

---



## CHAPITRE II

---

### OBSERVATIONS

---

#### OBSERVATION I (*Résumée*).

Docteur TEVANI, in *Il Morgagni* (Milano), Décembre 1913, p. 452.

Rapportée par le Professeur MAUCLAIRE

in *Société de Chirurgie de Paris*, Avril 1920, p. 585.

Le malade avait été opéré pour hernie inguinale étranglée. La guérison avait été régulière. Quatre mois après cette intervention, le malade présente des symptômes d'occlusion intestinale.

On pratique une laparotomie exploratrice, et on trouve un paquet d'anses grêles collé contre le rachis lombaire. Le mésentère n'a plus que quelques centimètres de long. La

lumière de l'intestin étant oblitérée, on juge que le seul traitement possible est la résection. Et on enlève un mètre soixante-dix d'intestin grêle. Le malade guérit.

### OBSERVATION II (*Résumée*).

(Mêmes origines).

Il s'agit cette fois d'une trouvaille d'autopsie. Le malade avait succombé à une hémorragie cérébrale avec artériosclérose généralisée. On trouve un mètre d'intestin grêle collé contre le rachis, et le mésentère réduit à quelques centimètres de longueur. Le mésentère n'est pas très épaissi ; ses vaisseaux artériels et veineux sont athéromateux et calcifiés. La cavité de l'intestin est saine, mais le calibre très rétréci. La muqueuse est normale. A l'examen histologique, le mésentère apparaît très sclérosé. Le sujet n'avait présenté aucun trouble intestinal pendant la vie.

### OBSERVATION III (*Résumée*).

(Mêmes origines).

Ce cas est encore une trouvaille d'autopsie. Le sujet était mort à 73 ans, de troubles urinaires d'origine prostatique et d'artériosclérose. Près de l'origine du jéjunum, on trouve une anse rétractée contre le rachis et dont le mésentère correspondant présente les mêmes lésions que dans l'observation précédente.

### OBSERVATION IV

Professeur MAUCLAIRE. *Société de Chirurgie de Paris.*

Avril 1920, p. 584.

Il s'agit d'un homme de 35 ans, qui avait depuis son

enfance des coliques intestinales et des périodes de constipation. En 1917, il eût une première crise d'obstruction intestinale. Puis en 1919, une deuxième crise, celle-ci très sérieuse, accompagnée de vomissements fécaloïdes.

En Janvier 1920, quand cette crise fut passée, on sentait à la palpation, un peu en-dedans de l'hypocondre gauche, une masse grosse comme le poing et douloureuse à la palpation. L'examen radioscopique montra que le calibre du gros intestin était très rétréci au niveau du côlon descendant et que l'angle cœlique gauche était plutôt distendu. L'état général était assez mauvais, le malade très amaigri. Le diagnostic posé fut celui de tuberculose probable du côlon descendant avec épiploïte, quoique la masse fut nettement, en grande partie, en-dedans du côlon descendant.

Le 8 Janvier 1920. — Laparatomie exploratrice avec M. Hertz, interne du service. On tombe sur un paquet d'anses grêles du tiers supérieur du jéjunum, réunies par des adhérences. Une anse est énormément distendue comme un gros cœcum, et étranglée dans une poche en nid de pigeon formé par une très grosse bride péritonéale très épaisse, très résistante, partant du mésentère, et allant se perdre vers le bord interne de l'angle cœlique gauche.

Le mésentère, à ce niveau, est épaissi, rétracté vers le rachis, sur une largeur de 20 à 25 centimètres, de telle sorte qu'à ce niveau, le mésentère n'a qu'une hauteur de 4 à 5 centimètres. Ces adhérences péritonéales, d'aspect cicatriciel, unissent les anses grêles en ce point. Au niveau de la terminaison de la grosse bride péritonéale, allant vers l'angle cœlique, les segments du côlon transverse et du côlon descendant sont réunis en canons de fusil par rétraction mèsocœlique.

La grosse bride péritonéale est sectionnée et réséquée, de même que les brides moins importantes qui réunissent

les anses grêles. Celles-ci reprennent alors leur calibre normal et leur direction est normale sans volvulus, ni anses en omega par rétraction cicatricielle du méso.

La paroi des anses intestinales n'est pas épaissie, ni blanchâtre comme dans la syphilis intestinale. En somme, le gros intestin voisin était simplement comprimé. Pas de ganglions dans le mésentère, pas d'ascite. Partout ailleurs le péritoine paraît sain. Il n'y a pas d'épaississement du péritoine comme dans la péritonite syphilitique.

Péritonisation partielle au niveau des points réséqués. Fermeture de la paroi abdominale. Guérison.

La réaction de Wassermann dans le sang du malade a été négative.

#### OBSERVATION V (*Résumée*).

Docteur FERRON, de Laval. *Société de Chirurgie de Paris*  
Juin 1920, p. 944.

P... Ferdinand, 54 ans, se présente à M. Ferron, pour troubles digestifs remontant à trois mois : alternatives de diarrhée et de constipation ; après les repas, ballonnement intense, si pénible que le malade redoute de manger et que pour se soulager il en arrive fréquemment à provoquer lui-même un vomissement. Il a beaucoup maigri.

La palpation abdominale, non plus que le toucher rectal ne révèle de tumeur. On ne note qu'un point douloureux abdominal, à droite, au niveau du muscle grand droit, un peu au-dessous de la ligne ombilicale.

Son histoire ne révèle rien. Il ne présente qu'un peu d'emphysème pulmonaire et deux pointes de hernie inguinale.

Il affirme ne pas avoir la syphilis.

L'examen radioscopique pratiqué par le Docteur Loiseleur a donné les résultats suivants. « L'estomac présente de

bonnes contractions. Le passage pylorique se fait immédiatement, sans arrêt. L'insuffisance pylorique est très nette. De même le duodénum est constamment rempli et dessine un coude considérable.

Trois heures après, l'estomac est complètement vide et la masse intestinale a la forme d'un clair de lune repoussé dans le côté gauche, sans aucune caractéristique.

Six heures et demie après, on voit une masse intestinale partant de la région duodénale et donnant l'image suivante : l'anse est très petite au début, va en augmentant, descend perpendiculairement au-dessous de la symphyse pubienne. Il m'est impossible de savoir si c'est une anse grêle ou un gros intestin anormal.

Sept heures et demie après, on a toujours une image bizarre aussi difficile d'interprétation : on a toujours une anse de petit diamètre dans la région duodénale avec dilatation de ci de là. Le malade accuse une douleur un peu au-dessous de l'ombilie et à droite. Il ne peut se coucher sur le côté gauche.

Neuf heures et demie après, l'image est plus nette. C'est franchement un obstacle sur le grêle et dans la région pyloro-duodénale, jusque sous la face inférieure du foie.

Dix heures et demie après, toujours obstacle intestinal même hauteur. On ne voit rien au niveau du cœcum ».

Le 20 février 1920, intervention. Après laparatomie, Ferron recherche la cause de ces troubles. L'estomac est petit, le pylore est souple, le duodénum normal. On constate, après avoir péniblement dévidé les anses, que les lésions portent sur l'intestin et le mésentère. Les anses des deux derniers mètres de l'iléon, en effet, sont blanches, laiteuses, manquent de souplesse, et vont se rétrécissant à mesure qu'on s'approche de la valvule iléocœcale. Près du

cœcum, l'iléon est très dur et très rétréci. L'appendice est sain.

Tout le mésentère correspondant à cette grande longueur d'intestin malade présente aussi de sérieuses altérations : « Le mésentère, dit M. Ferron, est également blanchâtre, mais peu rétracté. A la surface de ce mésentère infiltré se voient des lignes cicatricielles irrégulières, d'un blanc plus intense que le reste du méso. Il est difficile de les décrire, tant leur aspect est varié. Il est impossible de dire s'il y a des ganglions dans cette partie malade du mésentère, à cause de son épaisseur. Il y a là un aspect bien différent de celui de la mésentérite tuberculeuse. On ne voit pas non plus de vaisseaux ».

En présence de ces lésions, M. Ferron abouche dans le côlon pelvien, l'anse grêle saine la plus proche de la lésion, par une entéro-anastomose au fil de lin. Il ne suture pas le mésentère au méso côlon pelvien. Il rabat simplement l'épiploon sur l'anastomose, et suture à deux places la paroi.

Cette iléo-sigmoïdostomie eut des suites normales, appétitives, la plus haute température ayant été 37° 6.

Le 13 mars, trois semaines après l'opération, le malade quitte l'hôpital ; il n'a plus le teint terreux et les douleurs ont complètement disparu.

La veille de son départ, il avait le ventre ballonné mais absolument indolent ; on percevait quelques gargouillements à distance ; de plus, il existait entre l'ombilic et le pubis une séreuse trypanique. Ce petit incident a disparu rapidement, et trois mois après l'intervention, le malade, revu par M. Ferron, n'avait plus ni ballonnement, ni douleurs. et digérait parfaitement.

---

## OBSERVATION VI

J. MURARD. *Société de Chirurgie de Paris*, Novemb. 1920, p. 128).

B... Jacques, 48 ans, charron, arrivé le 1<sup>er</sup> Mai 1920, pour une occlusion datant de deux jours. Bonne santé habituelle; rien de particulier dans ses antécédents. L'affection a débuté brusquement dans la soirée du 29 Avril, par une crampe douloureuse de la région épigastrique. Le malade s'est purgé, mais néanmoins toute selle et tout gaz auraient été supprimés. Les paroxysmes douloureux ont refait leur apparition et ont été suivis de plusieurs vomissements.

A l'arrivée, on trouve le malade avec un mauvais état général, de la dyspée, de l'agitation, se tenant la ceinture comprimée avec les deux mains. Abdomen contracté, lancement douloureux sur tous les points. Température 38°. Pouls à 100. Toucher rectal négatif.

*Opération.* — Incision de Jalaguier, car on voulait vérifier l'intégrité de l'appendice, à cause de la température. On constate aussitôt que certaines anses sont très distendues, d'autres rétractées en boyau de poulet. On agrandit l'incision vers le haut, et on découvre la gêne d'étranglement. L'intestin est attiré contre la paroi postérieure par une bride qui le coude en V, et qui se dirige vers la colonne. Section de cette bride: l'intestin libéré laisse aussitôt passer les gaz. On constate que la bride assez grosse s'implantait près du bord mésentérique et sur la face gauche. De plus, l'anse, dans son ensemble, est rétractée vers le rachis, il est impossible de l'extérioriser comme une anse normale. Mais comme la circulation intestinale semble rétablie, on se contente d'exciter les contracteurs en aspergeant l'intestin de sérum chaud. On note que l'oblitération siégeait assez haut, que les anses étaient très rouges, très congestionnées, ayant perdu le vernis séreux habituel, mais il

n'y avait aucun liquide dans le péritoine. On referme la paroi en un plan, au fil de bronze.

Aucune amélioration à la suite de l'intervention. Aucune évacuation par l'anus.

Le 2 Mai, on pratique avec entérostomie. Les anses sont rouges, agglutinées; on fait l'entérostomie sur la première anse grêle qui se présente. Abondante issue de liquide intestinal d'odeur infecte.

Mort dans la nuit du 3 au 4 Mai.

A l'*Autopsie*, anses rouges, agglutinées sans liquide péritonéal. L'obstacle était levé, mais il y avait une coudure au niveau de l'angle gauche. Quel a été son rôle ?

L'examen de l'anse grêle où siégeait l'occlusion montre :

1° La rétraction du méso, de moitié moins large que celui des anses voisines. Il n'est pas épaissi ; sa base est un peu plus dure et consistante. Quelques petits ganglions qui ne semblent pas de volume anormal.

2° Deux brides vélamenteuses en forme de faux, fines mais solides, se trouvent vers le même point. Toutes deux s'étendent depuis la convexité de l'anse jusque vers la base du mésentère. Aucune compression à leur niveau. C'est une bride de tous points analogue qui avait causé l'occlusion.

*Examen du Viscère.*— Symphyse totale des deux plèvres. Symphyse du péricorde. Aux poumons, il existe une petite caverne au sommet droit : il s'agit d'un processus sûrement ancien, non en évolution.

Rien d'anormal à noter dans les autres organes.

---

## OBSERVATION VII

Docteur Ch. VIANNAY. *Inédite.*

*Troubles abdominaux douloureux datant de deux mois, avec symptômes d'obstruction intestinale atténuée. Intervention : Rétraction mésentérique par une large plaque cicatricielle, qui détermine une forte bride. Aplatissement des anses grêles. Libération de l'intestin. Guérison.*

C... Claude, mineur, entre dans le service du Docteur Viannay, à l'hôpital de Bellevue, le 17 Janvier 1920. Il présente des troubles abdominaux datant de deux mois, et caractérisés surtout par de violentes coliques revenant par crises.

Cet homme, habituellement constipé, a beaucoup maigri depuis deux mois. Il n'a jamais vomi. Les crises douloureuses dont il se plaint reviennent surtout la nuit. On assiste à une de ces crises qui se passe sans vomissements et ne s'accompagne pas de mouvements péristaltiques visibles de l'intestin. Après la crise, l'abdomen est un peu ballonné.

Il n'y a pas d'ascite cliniquement décelable. Le palper abdominal ne permet de sentir aucune tumeur. Le toucher rectal est pareillement négatif. En raison de l'âge du malade et de son amaigrissement, M. Viannay pense à un néoplasme latent de l'intestin siégeant probablement sur un des côlons et décide une laparotomie exploratrice.

Intervention le 27 Janvier 1920, sous anesthésie générale à l'éther. M. Viannay pratique une laparotomie sous-ombilicale médiane, et porte d'abord ses recherches sur le gros intestin, qui est palpé depuis le rectum jusqu'au cæcum, sans qu'on découvre ni tumeur, ni obstacle d'aucune sorte.

On éviscère alors rapidement l'intestin grêle ; on trouve : des anses grêles distendues et un peu congestionnées, correspondant au tiers moyen du tractus intestinal, puis

d'autres anses grêles pâles et atelectasiées, correspondant au dernier tiers du tractus intestinal. Seul, le premier tiers de l'intestin grêle a son aspect et son volume normal.

Cherchant la cause de l'aplatissement du dernier tiers de l'intestin grêle, on trouve sur la face séreuse inférieure du mésentère une large plaque cicatricielle blanchâtre, qui fronce et rétracte le mésentère sur une surface de la grandeur environ d'une paume de main, déterminant ainsi la formation d'une bride obliquement descendante qui va se perdre sur le territoire de l'excavation pelvienne au niveau de la symphyse sacro-iliaque droite.

On sectionne prudemment cette bride, de façon à n'intéresser aucun des organes péritonéaux de la région, et l'on achève la libération du mésentère par des tractions douces. Cette libération faite, il reste, dans le feuillet séreux gauche de la fin du mésentère, une surface cruentée losangique, que l'on péritonise par trois points de suture à la soie, rapprochant, dans le sens transversal, les angles obtus du losange (suture rappelant celle de la pyloroplastie).

Fermeture du ventre sans drainage.

Le malade cicatriza par seconde intention son incision de laparotomie, mais ne retira de l'intervention qu'un mince bénéfice.

Rentré chez lui, il reprit ces crises douloureuses, moins fréquentes, mais à peu près aussi intenses qu'avant l'opération.

Le malade, revu en Juin 1911, dix-sept mois après l'opération, ne ressent que quelques troubles digestifs, et peut aisément se livrer à de petites occupations.

---

## OBSERVATION VIII

D<sup>r</sup> Ch. VIANNAY. *Société de Chirurgie de Paris*. Mai 1921, p. 704.

*Lignes d'occlusion intestinale.*

*Intervention. Méésentérite chronique segmentaire: Méésentère épaissi, œdémateux, sillonné de stries blanchâtres et de taches laiteuses. Pas de sténose intestinale. Aucun signe de péritonite tuberculeuse. Aucune bride cicatricielle.*

*Fermelure de la paroi. Guérison.*

R... Antoine, 58 ans, passementier, entre à l'Hôpital de Bellevue, dans le service de M. Viannay, le 19 Novembre 1920 ; il a des symptômes d'occlusion intestinale datant de la veille.

A l'entrée, on constata un abdomen modérément ballonné, des vomissements alimentaires, un pouls à 88, un assez bon état général ; température normale.

La cause de l'occlusion reste imprécise. Une hernie inguinale gauche ancienne, qui n'est point douloureuse et se laisse facilement réduire, doit être mise hors de cause. Aucune tumeur n'est perceptible, ni à la palpation abdominale, ni au toucher rectal. Dans ses antécédents, on ne note qu'une pleurésie survenue à l'âge de 22 ans et guérie sans laisser de traces. Malgré cette absence de constatation positive, M. Viannay pense à un squirrhe du côlon.

Mais comme les symptômes ne sont pas pressants, on diffère l'intervention.

Le 21 Novembre, surlendemain de son entrée, le malade a quelques gaz, puis une selle spontanée. A quelques jours de là, les phénomènes d'occlusion ayant reparu, on se décide à intervenir.

Intervention le 30 Novembre 1920, sous anesthésie à l'éther. M. Viannay explore d'abord le gros intestin sur un

point duquel il s'attendait à trouver une tumeur. Or, palpant depuis le haut rectum jusqu'au cœcum, il ne découvre aucun obstacle : ni tumeur, ni bride, ni coudure.

Explorant alors le grêle, on aperçoit au milieu d'anses dilatées, deux anses anses atélectasiées. Après éviscération, on constate qu'il n'y a ni torsion, ni coudure, mais que le mésentère correspondant aux deux anses atélectasiées, c'est-à-dire à une longueur d'intestin d'un mètre environ, présentait un aspect très particulier : il était épaissi, infiltré, œdémateux, parcouru, en certains points, de stries blanchâtres, ailleurs semé de taches laiteuses. L'intestin correspondant était uniformément réduit de calibre, mais sans aucun point sténosé.

Nulle part on ne rencontre la moindre granulation tuberculeuse. Pas d'ascite.

M. Viannay reste un moment hésitant sur la conduite à tenir : il n'y a ni bride à sectionner, ni vice de position à réduire ; en outre, la perméabilité du grêle ne semble pas assez compromise pour nécessiter une entéro-anastomose, d'autant plus que cette anastomose devrait être placée très haut sur le jejunum. Enfin, la résection de tout le segment de mésentère malade nécessiterait une entérectomie portant sur plus d'un mètre, et l'état général du malade ne paraît pas permettre une intervention aussi grave. Aussi se borne-t-on à refermer purement et simplement l'abdomen.

Les suites opératoires, un peu incertaines pendant quelques jours, deviennent ensuite franchement favorables. Lavements et purgatifs aidant, l'intestin reprend ses fonctions, et l'état général se relève lentement.

Au début de Janvier 1921, le malade quitte l'hôpital, complètement guéri.

La réaction de Wassermann dans son sang a donné, comme résultat d'hémolyse, H<sup>4</sup> (D<sup>r</sup> Laurent).

## CHAPITRE III

---

### ANATOMIE PATHOLOGIQUE

---

La lésion qui caractérise la Mésentérite, et qu'on retrouve dans chacune des observations précédentes, est la *rétraction* du mésentère. Celui-ci est plus ou moins épaissi, induré, et sa hauteur très diminuée. Cette altération peut porter sur toute l'étendue du mésentère, comme c'est le cas des obs. I et II; ou simplement sur une seule zone. La zone malade ne semble pas affecter de siège de prédilection, ni de grandeur préférée : c'est ainsi que dans les obs. III et VI, le secteur mésentérique altéré correspond à une seule anse intestinale; il correspond à deux anses dans les obs. V et VIII, à vingt-cinq centimètres de mésentère,

compte près du bord libre, dans l'obs. IV ; enfin à quinze centimètres dans l'obs. VIII.

Ce qui mérite d'attirer l'attention, c'est la présence sur les portions malades, de taches cicatricielles d'un blanc laiteux, presque nacré ; elles sont disposées d'une façon absolument irrégulière, et prennent la forme de stries ou de taches à contours flous (obs. V, VII et VIII). Ces altérations ne sont pas signalées par tous les auteurs. Elles manquent en effet les cinq autres observations.

L'épaisseur du mésentère lésé est variable d'un malade à l'autre. Il semble que les mésentères à taches laiteuses soient particulièrement épaissis.

L'ascite fait totalement défaut.

De ganglions, on n'en a trouvés que dans un seul cas (obs. VI). Et encore étaient-ils petits, peu nombreux aussi discrets que possible.

Mais les adhérences péritonéales et les brides cicatricielles sont fréquentes ainsi qu'en témoignent les observations IV, VI et VII. Dans ces trois cas, les brides n'ont pas été étrangères à la détermination des signes d'occlusion. Mais cependant, leur présence n'est pas indispensable pour trahir par des symptômes la mésentérite.

L'état de l'intestin est variable (obs. IV et VIII). Dans le cas où une bride comprime un point d'une anse, il n'est pas surprenant de constater sur les parois intestinales les altérations habituelles de l'occlusion. Mais en dehors de la présence de toute bride ou adhérence, on constate souvent que des anses entières de

grêle sont congestionnées et distendues ; d'autres atélectasiées (obs. VII et VIII) ; d'autres enfin indurées, et d'un calibre rétréci, souvent sur une grande longueur de jéjunum (obs. V). Ce rétrécissement peut aller jusqu'à la sténose.

L'appendice et le gros intestin ne portent pas de lésions directes.

*En résumé*, la mésentérite rétractile et sclérosante se traduit habituellement par les lésions suivantes : le mésentère, soit dans sa totalité, soit sur une seule zone, est rétracté et induré. Son épaisseur augmente toujours bien que dans des proportions très variables.

Il peut présenter des taches laiteuses ou des stries cicatricielles blanchâtres. Ces altérations purement mésentériques peuvent s'accompagner d'adhérences unissant les anses grêles correspondantes, ou de brides cicatricielles.

Les anses intestinales peuvent être congestionnées et distendues ou atélectasiées, et d'un calibre plus ou moins réduit.

Des coupes histologiques n'ont pu être pratiquées que pour deux cas de M. Tenani (obs. II et III). Elles ont montrés des lésions banales de sclérose.

---



## CHAPITRE IV

---

### DE LA PARENTÉ DE LA MÉSENTÉRITE RÉTRACTILE AVEC LA MÉSO-SIGMOÏDITE ET LES MÉSO-COLITES RÉTRACTILES

---

Voici donc la Méésentérite rétractile caractérisée par des lésions assez nettes. Mais pour l'individualiser davantage, on ne saurait se dispenser de la comparer aux lésions rétractiles des autres segments méésentériques, c'est-à-dire aux méso-colites rétractiles. De celles-ci la plus connue est la *méso-sigmoïdite rétractile*, classique au point d'avoir obtenu droit de cité dans les traités de pathologie. Les méso-colites rétractiles

des côlons ascendant, descendant, transverse ne sont connues que par des observations éparses dans la littérature, de même que la *méso-appendicite rétractile*.

La *Méso-sigmoïdite rétractile* (1), consiste dans la rétraction, généralement dans le sens transversal, du méso-côlon pelvien. Il s'ensuit que, dans un premier degré, l'anse sigmoïde étalée en éventail par son bord libre, est rattachée au bassin par un pied très étroit formé de ses deux extrémités accolées. Dans un second degré, l'anse est formée de deux segments parallèles accolés en canon de fusil. Le méso-côlon est dur, épaissi, blanc comme un tendon, et sa richesse en vaisseaux est diminuée. La complication la plus fréquente est le volvulus du côlon pelvien ; qui se tord facilement sur son pédicule.

L'origine en est très discutée : Wirchow la considérait comme le résultat d'une péritonite localisée au méso-côlon sigmoïdien. Mais cette affirmation n'explique pas la cause de cette péritonite. Riedel la croit primitive parce que les lésions sont maxima dans les points du méso, les plus éloignés du bord intestinal.— Graser pense qu'elle est à point de départ intestinal : sous l'influence de la constipation, il se produit par pulsion des diverticules qui s'engagent à l'intérieur du méso, et lui communique l'inflammation.— Reis a publié un cas où la méso-sigmoïdite était consécutive à un rétrécissement du côlon présacré.— Enfin W. Koch pense qu'elle est une exagération du processus normal d'accolement et de rétraction que présente l'anse termi-

---

(1) Pierre DUVAL, Pathologie chirurgicale Tome III, p. 651

nale du gros intestin ; il en veut pour preuve l'existence normale de ligaments paracoliques, et la très grande variation de longueur et de largeur du méso-côlon pelvien qu'on observe d'un sujet à l'autre.

Cette affection a ce point commun avec la Mésentérite qu'elle frappe surtout les hommes et peu les femmes.

Elle en diffère en ce qu'elle n'est pas due à une altération des feuilletts du méso-côlon, mais à la présence de brides cicatricielles s'étendant d'un bord côlique à l'autre. Dans certains cas, on a pu, en sectionnant ces brides, rendre au méso ses dimensions normales.

La méso-colite rétractile a été à diverses reprises rencontrée par des chirurgiens, au cours de gastro-cutéro-anastramoses. Plusieurs cas ont été rapportés par M. Mauclore, au cours d'une étude sur la gastro-entérostomie postérieure anté-colique (1). M. Viannay en a publié récemment un cas.

Voici ces observations.

## OBSERVATION IX

Professeur MAUCLAIRE. *Archives de Chirurgie*, 1913, p. 128<sup>o</sup>.

*Résumée.* — Une femme de 55 ans est opérée pour cancer pylorique étendu. Voulant pratiquer une gastro-entéro-anastomose, M. Mauclore remarque que le côlon transverse est petit, plaqué contre le rachis, presque rétro-péritonéal, car le méso-côlon transverse n'a guère plus d'un centimètre de longueur, et lorsque le côlon est distendu, il doit disparaître en grande partie. Le méso-côlon est de consistance normale, sans infiltration néoplasique ni inflammatoire.

---

(1) MAUCLAIRE. Gastro-entérostomie postérieure anté-colique. *Archives générales de Chirurgie* 1913. p. 1078.

## OBSERVATION X

ARMSPERGER. *Bei trage zur Klin. Chir.*, 1907

Cité par M. MAUCLAIRE

*Résumée.* — Intervenant encore pour cancer de la petite courbure étendu au pylore, on trouve le côlon transverse fixé loin en arrière sur le devant du rachis, par rétraction et adhérences du méso-côlon. On ne peut le ramener en avant, ni le soulever. La face postérieure de l'estomac est libre.

## OBSERVATION XI

(Mêmes origines).

*Résumée.* — Il s'agit encore d'un sujet porteur d'un volumineux cancer du pylore avec noyaux métastatiques du voisinage. Le côlon transverse est fixé au devant du rachis par la rétraction du méso. et ne peut permettre de relever le côlon.

## OBSERVATION XII

KRYNSKI. *Pzegl. Chir. i Ginek.*, 1911

Cité par M. MAUCLAIRE

*Résumée.* — On intervient pour ulcère du duodénum, chez un jeune homme de 22 ans. Le côlon transverse du fait de la petitesse de son méso est si près de la paroi abdominale postérieure, qu'on ne peut pratiquer la gastro-entéro anastomose transmésocologique habituelle. On réalise la nostérioriose anti-côlique ; le malade guérit.

## OBSERVATION XIII

Docteur Ch. VIANNAY. *Loire Médicale*, Août 1921, p. 230.

*Ulcère peptique d'une bouche de gastro-entérostomie*

*ancienne. Rétraction et sclorose inflammatoires du côlon transverse. Gastro entérostomie itérative anté-côlique. Guérison.*

T... Albèrt, 48 ans, mineur, se présente en Février 1921, avec des troubles gastriques anciens, ayant subi depuis cinq ans une recrudescence. Il porte une cicatrice de laparatomie médiane faite il y a une vingtaine d'années à Lyon ; il ne sait donner aucune indication précise sur cette intervention, on l'opéra, dit-il, pour extraire de l'estomac une petite cuiller qu'il s'introduisait dans la bouche pour se faire vomir et qu'il avait avalée accidentellement. Il guérit de cette intervention et digéra bien pendant une quinzaine d'années.

Il y a cinq ans, il recommença à souffrir de l'estomac et à vomir. Ces vomissements devinrent de plus en plus fréquents, jusqu'à se reproduire trois à quatre fois par semaine, et survenant habituellement trois heures après le repas ; ils étaient toujours alimentaires. Jamais d'hématémèse ; le malade n'a pas remarqué de mœlena. Amaigrissement. Pas de teint jaune paille.

A la palpation, on sent sous la cicatrice de laparotomie, une vague induration profonde ne donnant pas l'impression d'un néoplasme, parce qu'elle n'était ni assez dure, ni assez circonscrite.

L'examen radioscopique (D<sup>r</sup> Fayard) montre un grand estomac en cuvette, dont l'évacuation est nulle après cinq heures.

*Intervention le 17 Février 1921.* — Incisant sur l'ancienne cicatrice, on arrive sur un estomac dilaté dont la face antérieure est masquée par d'abondantes et épaisses brides de périgastrite. Ces adhérences libérées, on peut explorer le pylore qui paraît sain extérieurement.

Le côlon transverse adhère à la grande courbure de l'es-

tomac et en arrière de lui, sous l'estomac existe une masse inflammatoire formée d'épiploon agglutiné et d'autre chose dans quoi M. Viannay démêle, après dissection laborieuse :  
1° Une anse grêle afférente qui se perd dans la racine du méso-côlon transverse épaissi et rétracté contre la colonne ;  
2° une autre anse grêle efférente se continuant avec le jejunum. On est en présence d'une ancienne gastro-entérostomie. Or celle-ci forme un bloc épais de tissu calleux englobant la paroi postérieure de l'estomac, l'anse anastomosée et le méso-côlon transverse sclérosé et rétracté. M. Viannay essaye en vain de cathétériser avec le doigt refoulant les tuniques intestinales, l'anse efférente, puis l'anse afférente : il bute chaque fois contre un bloc cicatriciel barrant le chemin de l'estomac. Il y a là une réaction inflammatoire produite par un vieil ulcère peptique.

Après hésitation sur la conduite à tenir, M. Viannay se décide à pratiquer une nouvelle anastomose entre l'anse efférente et un point de la face antérieure de l'estomac, situé à mi-distance entre le pylore et l'ancienne bouche anastomotique. L'état anatomique du méso-côlon transverse interdisant la transmésocôlique, on amène l'anse jéjunale par devant le côlon transverse et on l'anastomose avec l'estomac par un double plan de suture à la soie. Fermeture de la paroi sans drainage. Réunion « per primam ».

Les suites opératoires furent très favorables et le malade a quitté l'hôpital trois semaines après l'intervention, en excellente santé.

#### OBSERVATION XIV

RUTHERFORD. Absence congénitale du méso-côlon transverse.  
*British Medical*, 15 Octobre 1910, cité par MAUCLAIRE.

C'est une trouvaille d'autopsie chez une femme de 60 ans, morte de bronchite chronique. Cette femme n'avait pas de

méso-côlon transverse, et présentait les particularités suivantes : la valvule de Bauhin était à un niveau plus élevé que d'habitude (deux centimètres au-dessus de la ligne ombilicale). L'appendice, d'une longueur de dix centimètres, était rétro-cœcal et n'avait pas de méso ; son extrémité libre était même rétro-péritonéale sur une longueur de trois centimètres. Le cœcum était très distendu. Le côlon ascendant, d'abord normalement vertical pendant une dizaine de centimètres, se couvait brusquement à angle aigu, revenant en bas, et repartant ensuite vers l'angle hépatique. Des adhérences unissaient cette partie anormale à la vésicule et à la paroi abdominale antérieure. Le mésentère de cette partie anormale était long, étroit, rubanné. Ensuite, le côlon transverse ainsi formé disparaissait brusquement derrière le péritoine et s'appliquait directement contre la paroi postérieure de l'abdomen. Il cheminait ainsi jusqu'au niveau du coude duodéno-jéjunal. A partir de ce point, il ressortait du péritoine, et le méso du côlon descendant existait comme à l'habitude. Le péritoine recouvrant le côlon transverse et tout le reste de l'abdomen était de texture fine et saine. Le côlon transverse et le colon descendant étaient ratatinés, et à parois hypertrophiés. La couche musculaire, épaissie au niveau des bandelettes, leur donnait l'apparence d'un rectum. A la dissection, on ne put trouver l'artère cœlique droite. Cependant, la distribution des vaisseaux mésentériques était normale.

Un cas à peu près semblable à celui-ci a été oralement signalé au cours de la discussion qui suivit cette communication, par le Docteur Elliot Smith, de Manchester. Il avait, dit-il, rencontré fortuitement cette anomalie chez un sujet Egyptien.

---

## OBSERVATION XV

Professeur MAUCLAIRE. Société de Chirurgie de Paris

Juillet 1920, p. 1051

*Cette observation montre l'absence simultanée d'une partie du mésentère, et d'une partie du méso-côlon ascendant.*

*Résumé.* — Le malade est un homme de 76 ans, opéré pour occlusion intestinale. C'était là sa première crise d'occlusion. A l'intervention, on se rend compte de la rétraction du mésentère et du rétrécissement du calibre du grêle à sa terminaison. Il y a aussi une sorte de torsion de la dernière anse grêle ; quand celle-ci fut détordue, les gaz passèrent dans le cœcum qui était aplati. Le malade succombe deux jours après l'opération sans être allé à la selle.

A l'*Autopsie*, la dernière anse grêle est diminuée de calibre et collée contre la paroi abdominale postérieure. Le mésentère, en somme, n'existe plus ; le péritoine qui plaque l'anse entre la paroi postérieure est un peu épaissi avec des brides descendant vers le pelvis. Le cœcum et la première partie du côlon ascendant sont plaqués aussi contre la paroi postérieure.

Voici donc des cas de méso-côlite transverse rétractile, qui montrent d'une façon évidente l'existence de cette lésion. Mais sa pathogénie n'en est pas très éclairée.

Dans le cas de l'observation XIV, elle est certainement congénitale, et Rutherford l'explique par une rotation incomplète de l'intestin pendant la vie intra-utérine, par l'accolement précoce à la paroi, de la portion du mesenterium représentant le méso-côlon trans-

verse, et par la régression de ce méso-côlon. Il s'agit donc d'une anomalie de développement. Le fait est rare, et les traités d'anatomie de Poirier et Charpy, de Testut, ne signalent pas des malformations du méso-côlon transverse.

Les cas des observations IX, X, XI, XII sont difficiles à interpréter. La rétraction cœlique, en effet, est-elle due à une malformation congénitale restée latente et découverte à l'occasion d'une intervention chirurgicale, ou, au contraire, est-elle la conséquence des cancers pyloriques et ulcus gastriques qui ont amené ces malades sur la table d'opération? M. Mauclaire a fait remarquer qu'une tumeur de la face postérieure de l'estomac pouvait, par propagation, infiltrer le méso-colon transverse; de même un néoplasme cœliqué ou rétro-péritonéal.

Enfin l'observation de M. Viannay (Obs. XIII) apprend d'une façon indéniable que les réactions inflammatoires autour d'un ulcère peptique peuvent entraîner, entre autres troubles la rétraction cœlique.

Mais dans tous les cas précités, la rétraction méso-cœlique n'a pas paru avoir d'action physiologique ni se traduire par des symptômes. Les signes cliniques observés n'étaient que ceux des cancers ou des ulcères, et de sténoses pyloriques.

Quant aux méso-appendicites rétractiles, elles se produisent sans doute par les mêmes mécanismes, et surtout par les phénomènes inflammatoires d'origines intestinales. — Je n'ai pas retrouvé d'observations publiées sur les cas de méso-appendicite rétractile.



## CHAPITRE V

---

### CONSIDÉRATIONS PATHOGÉNIQUES

---

Poser la question de la pathogénie de la mésentérite rétractile, c'est ouvrir le champ à toutes les hypothèses. Mais s'il est impossible de rendre responsable de cette maladie une cause unique et précise, du moins pouvons nous choisir entre les hypothèses celles que les faits observés au Chapitre II rendent le plus plausibles. Il est d'ailleurs probable que les observations publiées ne relèvent pas toutes de la même cause.

Une question vient tout d'abord à l'esprit : la *Mésentérite est-elle congénitale* ? Avant de formuler une

opinion, jetons d'abord un regard sur l'embryologie du mésentère (1). L'anse intestinale primitive comprend une branche descendante qui sera l'intestin grêle, et une branche ascendante qui sera le gros intestin. Elles sont sous-tendues par une lame unique le *mesenterium commune*, qui deviendra le mésentère de tout l'intestin. Dès les premières semaines de la vie embryonnaire, et après la torsion de l'anse primitive, l'ébauche du gros intestin va se fixer par un de ses points dans l'angle splénique. Ce point restant fixe, le tube côlique situé en aval donnera le côlon descendant, l'anse sigmoïde et le rectum ; le tube côlique situé en amont deviendra le côlon transverse et ascendant, et le cœcum.

En même temps, la portion du *mesenterium commune* qui retient le gros intestin, s'applique sur la paroi abdominale postérieure, et le processus d'accolement commence, partant d'un point directeur qui est l'angle hépatique.

J'ai brièvement résumé ces données embryologiques pour appeler l'attention sur les points suivants : deux éléments semblent nécessaires à l'accolement des méso-côlons, leur contact avec la paroi, et la fixation du gros intestin en des points immobilisateurs (le point hépatique et le point splénique). — Quand on observe des faits de méso-côlite rétractile (Obs. XIV), on peut invoquer pour les expliquer une exagération du processus d'accolement.

On ne peut expliquer de la même façon une rétrac-

---

(1) J. OKINCZIE. Anatomie chirurgicale des Côlons. Travaux de chirurgie d'Hartmann, p. 92.

tion du mésentère, car l'intestin grêle n'est fixé par aucun de ses points ; son mésentère n'est pas en contact avec la paroi, et à aucun moment il n'est ébauché par lui de processus d'accolement. On ne peut évoquer non plus l'absence congénitale de mésentère primitif, car si celui-ci n'existait pas, il serait logique d'observer la même anomalie sur les méso-colons, dérivés du même mesenterium.

De plus, on n'a pas cité d'observation qu'on put nettement interpréter comme une absence congénitale du mésentère.

Pour ces diverses raisons, il est logique de penser que la Mésentérite Rétractile *n'est pas congénitale*.

C'est un point qui la différencie des méso-côlites rétractiles, pour lesquelles l'anomalie de développement peut être la cause de la rétraction, ou au moins une prédisposition à la rétraction.

La Mésentérite peut-elle être considérée comme une forme du *cancer du péritoine* ? Outre que celui-ci est ordinairement consécutif à un néoplasme d'un des viscères abdominaux, il se présente comme une masse gélatiniforme ou mucoïde, souvent de très gros volume et à tendances très envahissantes ; le ventre arrive à des proportions considérables. Enfin, même dans les cancers à forme miliaire et squirrheuse, le péritoine réagit en se couvrant de granulations néoplasiques et en laissant exsuder de l'ascite (1).

Autant de caractères constants qui éloignent l'idée

---

(1) Aimé GUINARD. Cancer du Péritoine. Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet, p. 301.

de rendre le cancer péritonéal responsable de la Mésentérite.

Quant aux cancers intestinaux on ne saurait les apparenter à la Mésentérite, car s'ils peuvent s'accompagner d'infiltration du mésentère la tumeur primitive est là qui explique la genèse des lésions observées.

Faut-il admettre à son origine la *syphilis intestinale ou péritonéale*? Celle-ci (1), qu'elle soit héréditaire, ou qu'elle apparaisse comme lésion tertiaire d'une syphilis acquise, et bien qu'elle ait une prédilection pour le jéjuno-iléon, se caractérise par des gommes miliaires ou plus volumineuses, situées sur la muqueuse intestinale, et formant des placards irréguliers et résistants. Elle ne donne généralement pas de réactions ganglionnaires et péritonéales, et mais aboutit fréquemment à des rétrécissements intestinaux, surtout du rectum.

La péritonite syphilitique, caractérisé par un épaissement fibreux du péritoine pariétal ou viscéral, s'accompagne toujours de lésions viscérales et d'ascite (Letulle).

Rien de pareil chez nos malades et, pour ajouter une présomption de plus contre l'origine syphilitique de la Mésentérite, remarquons que la réaction de Wassermann dans le sang a été négative dans un cas (Obs. IV), et pour un autre (Obs. VIII), l'hémolyse était évaluée à H<sup>4</sup>. Ce résultat peut s'interpréter dans les deux sens, mais les antécédents et l'examen clinique du malade, laissent penser qu'on doit considérer la réaction comme négative.

---

(1) CADE. Syphilis intestinale. Maladies de l'Intestin, p. 813.

Plus longuement doit nous arrêter la *péritonite tuberculeuse chronique*, dans sa *forme fibro-caséuse*.

En effet, à l'autopsie d'un tel malade, « le péritoine, dit Dieulafoy (1), le méso-côlon, le mésentère sont si épaissis, que ces derniers peuvent être épais de un centimètre et demi. Cet épaississement tient à l'infiltration séro-purulente, aux granulations tuberculeuses qui siègent entre les feuillets. Parfois le grand épiploon, épaissi et induré forme la corde épiploïque... Des adhérences s'établissent entre l'épiploon et l'intestin, entre les anses intestinales qui sont agglutinées, et qu'on ne peut séparer sans les déchirer... Le diamètre de l'intestin est rétréci, ses parois sont friables et atrophiées. On trouve souvent à sa surface des ulcérations tuberculeuses. L'épiploon se rétracte, le mésentère attire à lui l'intestin grêle... L'épanchement ascitique peut faire complètement défaut... ».

A première vue, cette description semble pouvoir s'appliquer à la Mésentérite, dont cette dernière pourrait n'être qu'un cas particulier. Non, car dans la péritonite tuberculeuse trois éléments sont dominants : les granulations, les adhérences et les ganglions.

Les adhérences et fausses membranes sont si abondantes qu'elles peuvent aller jusqu'à cacher les viscères à l'ouverture de l'abdomen. De plus, quand le processus tuberculeux aboutit à la formation de brides, il ne le fait jamais sur le seul mésentère. Dans ces formes à adhérences, tout le péritoine est épaissi, les anses grêles sont agglutinées, l'épiploon fait la corde ; enfin

---

(1) DIEULAFOY. Manuel de Pathologie interne. T. II, p. 643.

tout ce qui, dans l'abdomen, comporte du péritoine a pris part à la réaction. En outre, on trouve toujours des ganglions qui dans les cas les plus discrets sont volumineux, et dans les formes ganglionnaires peuvent aller jusqu'à comprimer la veine cave.

Rien de pareil chez nos malades atteints de Mésentérite ; dans l'observation de M. Murard (Obs. VI), qui concerne une forme avec nombreuses adhérences, on ne trouve ni altération de l'épiploon et du péritoine, ni ganglions hypertrophiés.

M. Murard (1) pense que le cas qu'il a rapporté à la Société de Chirurgie est imputable à la tuberculose. « La tuberculose, dit-il, ne donne pas seulement des gâteaux péritonéaux. A côté des formes classiques, elle donne lieu à des réactions plus discrètes, brides, adhérences vélamenteuses, foyers limités sans réactions ganglionnaires... L'existence de lésions pleuro-pulmonaires dans le cas que je présente me semble suffisante pour faire admettre la nature analogue de la lésion. ».

Certes la tuberculose est capable de nombreux méfaits. Mais peut-on concevoir que la tuberculose se borne à des lésions purement mésentériques, alors qu'en général elle semble s'attacher plus facilement à des lésions péritonéales. Et encore, s'il est possible d'accepter l'origine tuberculeuse pour le malade de M. Murard ou celui de l'observation IV, comment admettre qu'il s'agit de réaction tuberculeuse chez les malades VII et VIII, ce dernier ne présentant aucune adhérence, aucune granulation.

---

(1) MURARD. Mésentrite rétractile. Société de Chirurgie de Paris. Novembre 1920. p. 1280.

Quant aux autres péritonites chroniques de causes générales, point n'est besoin d'insister sur elles, attendu qu'elles donnent les mêmes lésions anatomiques que la péritonite tuberculeuse, dont elles ne se différencient que par leur étiologie : elles relèvent d'intoxication alcoolique ou brightique, ou de maladie du cœur, et rien dans l'histoire de nos malades n'attire l'attention sur ces origines. Le malade VIII, que j'ai longuement examiné, n'est ni un alcoolique, ni un brightique, ni un cardiaque.

On doit enfin se demander si la *tuberculose inflammatoire* de Poncet ne peut pas frapper le mésentère. Question non résolue actuellement, qu'on essaiera d'éclaircir en présence de nouveaux malades, en retraçant minutieusement l'histoire de leurs antécédents pathologiques et en recherchant chez eux les petites localisations de tuberculose « fluxionnaire ».

La catégorie très vaste des *inflammations chroniques de l'intestin* peut certainement jouer un rôle important dans la production de la Mésentérite. Ces inflammations très variées dans leurs formes ont des causes plus nombreuses encore, et dans le cadre modeste de ce travail, on ne peut les examiner que très brièvement. Elles se résument dans les entérites chroniques et les ulcérations intestinales. Les unes et les autres reconnaissent pour causes (1) l'alimentation défectueuse, les infections générales, les intoxications

---

(1) CADE. Maladies de l'Intestin. Entérites chroniques, p. 684. Ulcérations intestinales, p. 864.

d'origine extérieure, les auto-intoxications, la constipation et tous les traumatismes intestinaux...

En but à des causes à la fois si nombreuses et si banales, personne ne peut se défendre de posséder quelque imperfection intestinale. Cependant la Mésentérite est rare. Il faut donc admettre que les ulcérations intestinales ne peuvent aboutir à la Mésentérite que grâce à la complicité d'une lésion d'un autre ordre, concernant probablement les vaisseaux mésentériques. C'est ainsi que M. Tenani explique par l'artério-sclérose des vaisseaux mésentériques la pathogénie des observations II et III.

Je dois à mon maître, M. Viannay, une observation inédite qui pour étrangère qu'elle soit à la Mésentérite montre du moins la collaboration néfaste de l'athérome des vaisseaux et de la gêne mécanique de la circulation. Voici cette observation :

Il s'agit d'un homme de 50 ans souffrant depuis longtemps de constipation chronique invétérée et présentant un peu d'amaigrissement et un état hypocondriaque inquiétant. Pensant à la possibilité d'un cancer du gros intestin au début, M. Viannay pratique une laparatomie, ne trouve pas de tumeur, mais seulement quelques brides de péricolite du côlon gauche. Il pratique la libération de ces brides et, comme traitement de la constipation chronique une exclusion unilatérale du gros intestin : Section de l'iléon près du cœcum, fermeture du bout inférieur et implantation termino-latérale du bout supérieur dans le côlon pelvien au moyen d'un bouton de Jaboulay. Après des suites opératoires très favorables, le malade présente le cinquième jour le syndrome de la péritonite par perforation. Il succombe.

A l'autopsie, on constate que l'iléon, dans le segment immédiatement susjacent à l'abouchement iléo-colique présente, sur une étendue d'environ 30 centimètres, une série de plaques de sphacèle feuilles mortes ou verdâtres dont une s'était perforée à proximité de l'anastomose qui était étanche. Cette complication s'explique par l'arrêt de la circulation artérielle dans le segment terminal du mésentère qui avait pivoté autour de son axe, dans le transfert de droite à gauche de la dernière anse de l'iléon. Or cet arrêt de circulation était imputable à des lésions d'athérome de l'artère mésentérique supérieure dont le calibre réduit suffisait en temps normal à assurer la nutrition de l'intestin.

Il est logique de supposer que de tels mésentères se trouvant en état de circulation ralentie du fait de leur artérite chronique peuvent présenter un terrain favorable à l'évolution de la Mésentérite Rétractile et Sclérosante.

En conclusion de ce long chapitre sur les hypothèses pathogéniques de la Mésentérite Rétractile, il est rationnel d'admettre que si quelques cas de Mésentérite sont dus à de la tuberculose, la plupart sont imputables à une origine d'infection intestinale, une lésion de la muqueuse qui se propage dans le mésentère à la faveur de l'athérome des vaisseaux mésentériques.

---



## CHAPITRE VI

---

### SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

---

L'analyse des observations du chapitre II montre que la mésentérite rétractile s'est toujours présentée comme une trouvaille d'autopsie ou comme une surprise d'intervention au cours de laparotomies pour occlusion intestinale. Dans les cas où elle s'accompagne de brides sténosantes, elle entraîne des signes d'occlusion aiguë ou subaiguë. Dans les cas où elle se présente sans adhérences ni modifications du calibre intestinal (observation VIII), elle se trahit par des troubles digestifs, constipation, ballonnement du ventre, vomissements présentant le tableau classique de l'obstruction intestinale chronique. Mais dans aucun cas le diagnostic n'a été posé avant l'intervention, les symptômes observés n'étant pas spéciaux à la Mésentérite.

Elle doit s'ajouter à la liste déjà longue des causes de *Piléus*, et en présence d'une obstruction intestinale dont la cause échappé, on devra penser à la mésentérite rétractile.



## CHAPITRE VII

---

### TRAITEMENT

---

Dans les formes d'occlusion-subaigüe dans lesquelles la mésentérite ne s'accompagne pas de brides sténosantes, on est en droit d'appliquer le traitement médical de l'iléus dynamique (1) : évacuation à la sonde de l'estomac, grands lavements huileux ou lavements électriques.

Mais si ce traitement ne donne aucun résultat ou si la forme d'occlusion est plus sévère, on doit recourir au traitement chirurgical. Celui-ci sera d'opportunité et variera avec les lésions rencontrées.

Ce sera la résection des brides sténosantes s'il en existe ; l'entéro-anastomose si les anses sont dures, infiltrées et rétrécies ; l'exclusion de l'intestin ou même l'entérectomie si la sténose est très serrée. Enfin si le chirurgien n'observe ni brides à sectionner, ni sténose du grêle, ni altération des parois intestinales, qu'il

---

(1) Pierre DUVAL. Iléus. Pathologie chirurgicale T. III, p. 450

s'en tiennent à la simple laparatomie exploratrice. Ce cas s'est présenté pour l'observation VIII, et après cette intervention le malade n'a plus souffert.

Faut-il admettre que l'excitation péritonéale au cours de l'opération possède une action réflexe dynamique sur la paroi intestinale ? La laparatomie a-t-elle une autre action ? En tout cas, quand on compare le mauvais état du malade avant l'intervention et le soulagement éprouvé qui se maintient depuis cinq mois, il semble qu'il y ait là plus qu'une pure coïncidence.

---

## CONCLUSIONS

---

1° La Mésentérite Rétractile et Sclérosante est une inflammation chronique frappant un segment plus ou moins étendu du mésentère de l'intestin grêle, aboutissant, comme son nom l'indique, à l'épaississement et à une rétraction du mésentère, et s'accompagnant soit d'une simple réduction de calibre du segment intestinal correspondant, soit d'une coudure ou d'une formation de bride ;

2° Le tableau symptomatique est celui de l'obstruction intestinale chronique, ou celui de l'occlusion aigüe. Dans aucune des observations que nous avons réunies le diagnostic n'a été fait avant l'intervention ;

3° Des troubles de la circulation intestinale nécessitent habituellement une intervention chirurgicale qui a été suivant les cas : soit une laparotomie explora-

trice simple ; soit une entéro-anastomose ; soit une exclusion de l'intestin ; soit même une entérectomie ;

4° La pathogénie de cette affection reste obscure. L'hypothèse la plus vraisemblable est qu'il s'agit le plus souvent d'une inflammation chronique banale à point de départ intestinal, plutôt que de tuberculose ou de syphilis. Il est d'ailleurs probable que tous les cas ne relèvent pas de la même cause, et que cette affection représente plutôt un syndrome anatomo-clinique qu'une entité pathologique vraie.

---

*Le Président de la Thèse,*  
TIXIER.

Vu :  
*Le Doyen,*  
JEAN LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :  
LYON, le 24 Juin 1921.

*Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,*  
JOUBIN.

## BIBLIOGRAPHIE

---

ATMSPERGER. — Beitrage zur Klin. Chir. 1907.

CADE. — Maladies de l'Intestin. Entérites choniques, p. 684.  
Syphilis intestinale, p. 813.  
Ulcération de l'Intestin, p. 864.

CASTEX et DELFOR DEL VALLE. — Prensa Medica Argentina. Buenos-Ayres. 30 Juillet 1919.

DIEULAFOY. — La Péritonite tuberculeuse. Pathologie interne. Tome II, p. 643.

Pierre DUVAL. — La Mésosigmoidite Rétractile. Archives d s Maladies de l'Appareil digestif, 1907.

Pierre DUVAL. — Pathologie chirurgicale. La Mésosigmoidite Rétractile. T. III, p. 651. L'Ileus. T. III, p. 450.

FERRON. — Mésentérite avec atrophie de la partie correspondante de grêle. Société de Chirurgie de Paris, 23 Juin 1920, p. 944.

Aimé GUINARD. — Cancer du péritoine. Nouveau traité de Chirurgie, p. 101.

KRYNSKY. — Pzegl. Chir. i Cinek 1911.

MAUCLAIRE. — Mésentérite Rétractile avec occlusion intestinale.  
Société de Chirurgie de Paris. 21 Avril 1920, p. 584.  
Société de Chirurgie de Paris. 7 Juillet 1920, p. 1051.

MAUCLAIRE. — Gastro-Entérostomie postérieure ante-côlique  
dans les cas de rétraction congénitale ou acquise du  
mésocôlon transverse. Archives Générales de Chirurgie 1913, p. 1079.

MURARD. — Mésentérite Rétractile. Société de Chirurgie de Paris.  
Novembre 1920, p. 1280.

ORENEZY. — Anatomie chirurgicale des côlons. Travaux de Chirurgie d'Hartmann, p. 92.

ROCAVILLA. — Mésosigmoïdite. Clinica Chirurgica. Mars 1910.

RUTHERFORD. — Absence congénitale du Mésocôlon transverse.  
British Medical. 15 Octobre 1910.

TENANI. — La Mesenterite Retractile da infiammazione erniaria e  
la Mesenterite Sclerorante di origine vascolare. « Il Morgani ». Décembre 1913.

VIANNAY. — Mésentérite chronique segmentaire. Société de Chirurgie de Paris. 18 Mai 1921, p. 104.

VIANNAY. — Ulcères peptiques du duodenum après gastro-anté-  
rostomie. Loire Médicale. Avril 1921, p. 230.

---

## ERRATUM

---

### Page 10

Ligne 25. — *Au lieu de* changer l'esprit... *Lire* diriger l'esprit...

### Page 13

Origine de l'Observation I. — *Au lieu de* Docteur Tevani,  
*Lire* Docteur Tenani.

### Page 18

Ligne 18. — *Au lieu de* et suture à deux places... *Lire* et suture  
à deux plans...

Lignes 19 et 20. — *Au lieu de* appétiques, *Lire* apyrétiques.

Ligne 27. — *Au lieu de* une séreuse trypanique... *Lire* une  
sonorité tympanique...

### Page 19

Ligne 12. — *Au lieu de* dyspérie, *Lire* dyspnée.

Lignes 13 et 14. — *Au lieu de* lancement douloureux... *Lire*  
extrêmement douloureux...

**Page 19 (suite)**

Ligne 20. — *Au lieu de* gêne d'étranglement... *Lire* zone d'étranglement...

Ligne 29. — *Au lieu de* d'exciter les contracteurs... *Lire* d'exciter les contractions...

**Page 20**

Ligne 23. — *Au lieu de* examen du viscère, *Lire* examen des viscères.

**Page 22**

Ligne 10. — *Au lieu de* territoire, *Lire* péritoine de l'excavation.

Ligne 21. — *Au lieu de* cicatriza par seconde intention... *Lire* cicatriza par première intention...

**Page 23**

Ligne 3. — *Au lieu de* Lignes d'occlusion... *Lire* Signes d'occlusion...

**Page 26**

Ligne 9. — *Lire* Elles manquent, en effet, dans les cinq autres observations.

**Page 31**

Ligne 15. — *Au lieu de* gastro-entérostomie, *Lire* gastro-entéro-anastomoses.

**Page 32**

Ligne 8 de l'Observation XII. — *Au lieu de* transmésocologique, *Lire* transmésocôlique.

*Au lieu de* la nostériose anti-côlique, *Lire* l'anastomose ante côlique.

## TABLE DES MATIÈRES

---

|                                                                                                                                     | Pages |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| CHAPITRE I Historique et Introduction.....                                                                                          | 9     |
| » II Observations .....                                                                                                             | 13    |
| » III Anatomie pathologique.....                                                                                                    | 25    |
| » IV De la parenté de la Mésentérite rétractile avec<br>la Méso-sygmôidite et les Méso-côlites ré-<br>tractiles (Observations)..... | 29    |
| » V Considérations pathogéniques (Observations) ..                                                                                  | 39    |
| » VI Symptômes et Diagnostic .....                                                                                                  | 49    |
| » VII Traitement.....                                                                                                               | 51    |
| CONCLUSIONS .....                                                                                                                   | 53    |
| BIBLIOGRAPHIE.....                                                                                                                  | 55    |
| ERRATUM .....                                                                                                                       | 57    |

---





